

Purtroppo, frequentemente, i risultati estetici erano molto modesti per le notevoli dimensioni del canino rispetto a quelle dell'incisivo laterale mancante, per la disarmonia della festonatura gengivale e per la scomparsa della bozza canina dalla sua sede naturale causando l'appiattimento del profilo osseo.

Un altro possibile approccio era rappresentato da quello protesico fisso mediante una riabilitazione da canino a canino o da soluzioni di compromesso quali protesi rimovibili o i Maryland's bridges.

Lo sviluppo delle tecniche implantari offre oggi possibilità diverse, più valide dal punto di vista estetico, meno demolitive dal punto di vista biologico e più corrette dal punto di vista funzionale.

La riabilitazione su impianti impone sempre la scelta di un impianto specifico.

Per effettuarla correttamente il clinico può agire su tre parametri.

I primi due sono riferiti al diametro e alla lunghezza della componente endossea,

mentre la terza è rappresentata dal diametro della componente transmucosa/protesica dell'impianto.

La morfologia corretta e armonica di una corona non può prescindere da queste scelte importanti che sono condizionate dallo spessore dell'osso, in senso vestibolo palatale e dallo spazio disponibile, in direzione mesio distale.

La scelta del diametro dell'impianto è condizionata, inoltre, dalla funzione dell'elemento dentale che questo andrà a sostituire.

In virtù di ciò, l'impianto che sarà scelto nel caso della riabilitazione protesica di un

canino, potrà essere notevolmente diverso da quello preposto alla riabilitazione di un incisivo laterale superiore.

La scelta del tipo di riabilitazione protesica andrebbe anch'essa fatta a priori.

L'asse di inserimento dell'impianto è in relazione all'anatomia del sito implantare e al sistema protesico scelto sia esso ad avvitamento (corona avvitata trans-occlusale o ad avvitamento trasversale) o cementato. Per questi motivi la pianificazione del caso e la buona esecuzione dell'intervento saranno importanti nel raggiungimento di un risultato ottimale.



Figura 1: OPT prima dell'inserimento degli impianti.

Presentazione del caso clinico

Il caso qui descritto riguarda la paziente, G.A., trattata nel reparto di ortodonzia del nostro studio associato, fin dal periodo della prima fase di permuta, per l'agenesia bilaterale degli incisivi laterali superiori permanenti.

Il piano di trattamento, consistette innanzitutto in una terapia ortodontica multibande con tecnica edge-wise standard iniziata



Figura 2 e 3: Aspetto clinico vestibolare e occlusale che mostra lo spazio a disposizione, a fine trattamento ortodontico.

Progressi clinici e tecnologici Nuove prospettive per l'Implantologia Congresso • 3 marzo 2006 • Bari

L'utilizzo degli impianti osseointegrati ha rivoluzionato i progressi clinici e tecnologici, supportati dall'evidenza scientifica sofisticata e comoda per il paziente.

La International Team for Implantology (ITI) è un'associazione che promuove il progresso scientifico dell'Implantologia. L'ITI ha promosso negli anni ricerche ritenute fondamentali in diverse discipline cliniche. L'approccio scientifico rigoroso ha consentito approcci clinici innovativi basati sull'evidenza scientifica. Alcuni aspetti clinici innovativi offrono sicuramente vantaggi al paziente. Questi aspetti nel corso del convegno verranno discussi con i partecipanti nel corso delle tavole rotonde.

Vi aspettiamo numerosi nella splendida cornice del Con...

Per informazioni ed iscrizioni contattare Francesca Savastano,



all'età di 9 anni, al fine di ottimizzare gli spazi in posizione 1.2 e 2.2.

La paziente mostrava una I classe scheletrica con normoesposizione dei denti superiori durante il sorriso, un diastema interincisivo e l'assenza di entrambi gli incisivi laterali permanenti superiori.

Dopo un'attenta valutazione del biotipo scheletrico facciale e della morfologia dei tessuti molli, si decise di procedere all'apertura degli spazi in corrispondenza degli elementi agenesici e all'inserimento di due impianti da eseguire a crescita ossea ultimata.

Ristabilite le corrette dimensioni degli spazi edentuli con ottimizzazione dell'uprighting di 1.3, 1.1, 2.1 e 2.3, a fine trattamento ortodontico si applicò, quale mantenitore di spazio, una protesi scheletrata con piccoli ganci fusi mesiali ai canini e distali ai centrali, portante i 2 elementi in resina mancanti, fino al completamento della crescita mascellare.

Nel 1999 all'età di 22 anni, la paziente venne richiamata per essere sottoposta all'intervento per l'inserimento di due impianti in zona 1.2 e 2.2 (Fig. 1, 2, 3).

L'anamnesi (medica e odontoiatrica) e gli esami di laboratorio non evidenziarono controindicazioni.

logici in implantologia. odontoiatria.

le possibilità riabilitative in odontoiatria. scientifica, consentono applicazioni sempre più

azione internazionale di professionisti impegnati a fondata in Svizzera 25 anni fa.

ntali nel campo sia delle scienze di base che delle consentito di ottenere risultati predicibili e di proporre a.

e opportunità nuove assai utili per il clinico e per il no illustrati ed approfonditi dai relatori e discussi con i

ngresso di Bari

L. Cordaro

02 34541541, francesca.savastano@straumann.com

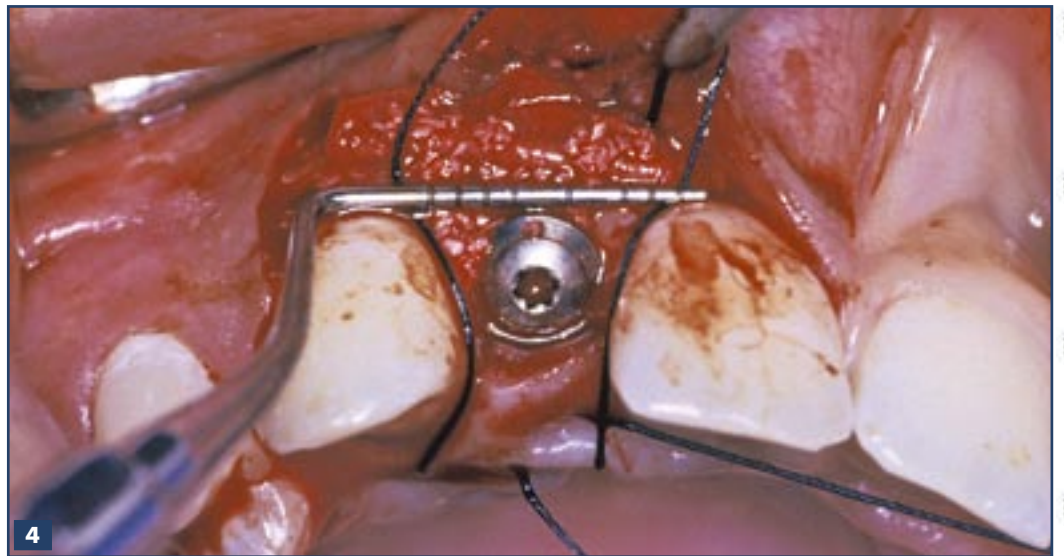


Figura 4: Impianto Standard da Ø 3,3 mm (Regular Neck ø4,8 mm) lunghezza 12 mm, posizionato in 1.2, ricoperto vestibolarmente da osso eterologo e da una membrana riassorbibile.

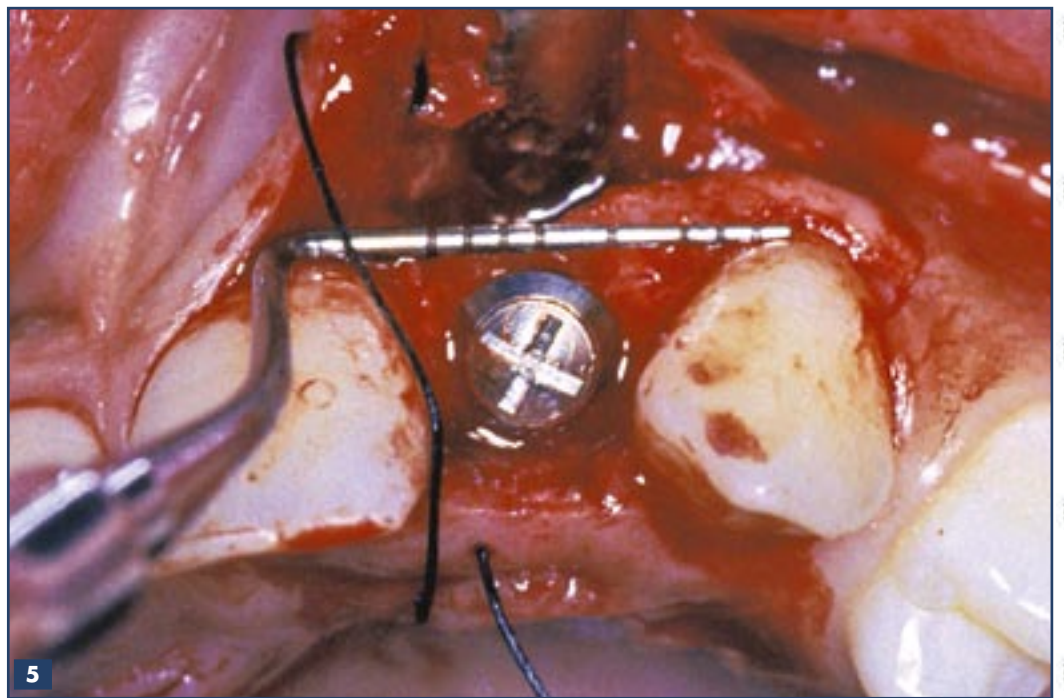


Figura 5: Impianto Hollow Cilinder Plus Ø 3,5 mm, (Regular Neck Ø 4,8 mm) lunghezza 13 mm, inclinazione 15°, in posizione 2.2.

L'analisi parodontale evidenziava la presenza di un biotipo parodontale spesso.

In posizione 1.2 fu scelto di inserire un impianto Standard Ø 3,3 mm (Regular Neck Ø 4,8 mm) lunghezza 12 mm, componente transmucosa di 2,8 mm. Lo spazio mesiodistale di 7 mm, lo spessore in cresta di 5,5 mm e l'inclinazione dell'osso residuo

permisero l'inserimento dell'impianto con una inclinazione che evitava di produrre una eventuale fenestrazione (fig. 4).

Figura 6, 7 e 8: In laboratorio: preparazione di due corone avvitate trasversalmente mediante l'ausilio di cappe auree avvitate su monconi octa.

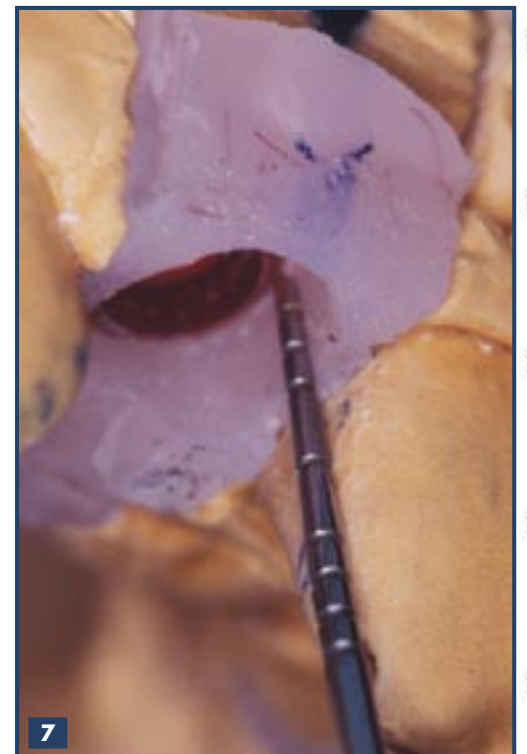




Figura 9: 1999: fotografia eseguita alla consegna delle corone definitive, a otto mesi dall' inserimento degli impianti.



Figura 10: Particolare della parziale mancanza della papilla interprossimale mesiale, alla consegna della corona in posizione 1.2.



Figura 11: Particolare della completa mancanza della papilla interprossimale mesiale, alla consegna della corona in posizione 2.2.



Figura 12: Aspetto palatino, alla consegna delle corone.

L'asse di inserimento, non ottimale a fini protesici, era tale da imporre di dover scegliere un moncone protesico ad avvitamento trasversale.

In posizione 2.2 fu scelto invece un impianto Hollow Cylinder Plus, Ø 3,5 mm, (Regular Neck Ø 4,8 mm) lunghezza 13 mm, collo liscio di 1,8 mm, inclinazione 15° perché, nonostante l'ampiezza dell'osso a livello



Figura 14: Aspetto palatino, a cinque anni dal carico.

crestale fosse accettabile (5,5 mm), apicalmente la riduzione della distanza bicorticale, faceva assumere al profilo osseo una forma a clessidra fino a presentare il rischio di produrre una fenestrazione ossea nella preparazione del sito implantare (fig. 5).

Anche in questo caso l'asse di inserimento era tale da supporre di dover scegliere un sistema protesico ad avvitamento trasversale. In uno spazio mesio-distale di 7 mm, quale quello ottenuto a fine trattamento ortodontico, si scelse di inserire impianti aventi il diametro emergente a fini protesici di 4,8 mm, consapevoli di doverli posizionare a circa un millimetro di distanza dall'elemento dentale contiguo.

L'ampiezza dell'osso a livello crestale di entrambi i siti era sufficiente per permettere il posizionamento degli impianti.

Nonostante ciò, vestibolarmente al sito 1.2, ritenemmo più conveniente procedere all'innesto di frammenti di osso eterologo, protetti da una membrana riassorbibile, per migliorare in parte, l'anatomia "a clessidra" del sito ricevente (Fig 4).

A sei mesi dall'inserimento degli impianti è stata eseguita una impronta in alginato con i transfer in posizione ed è stato rea-

lizzato un portaimpronte individuale in resina forato in corrispondenza dei transfer, da utilizzare per il rilevamento impronta definitiva in polietere.

Una volta realizzato il modello master, abbiamo scelto il sistema protesico octa con cappe auree ad avvitamento trasversale. (Fig. 6, 7, 8).



Figura 13: 2004 - aspetto vestibolare degli incisivi laterali, a cinque anni dal carico implantare.



Figure 16 e 17: 2005 - particolare della formazione delle papille interprossimali mesiali alle corone in 1.2 e 2.2, a sei anni dal carico implantare. Fotografia eseguita dopo una seduta di igiene orale.



15

Figura 15: 2004 - il sorriso della paziente mostra l'armonia di una riabilitazione protesica su impianti ben integrata in tessuti sani, a cinque anni dal carico implantare.

La scelta dell'utilizzo di corone avvitate piuttosto che cementate è stata legata al posizionamento più profondo dell'impianto al di sotto dei tessuti molli e quindi alla presenza di un tragitto mucoso superiore a due millimetri.

La cementazione di una corona protesica in un tale contesto anatomico avrebbe creato notevoli difficoltà nella rimozione di eventuali residui di cemento dopo la cementazione definitiva.

Al momento della consegna delle corone in oro ceramica, la papilla interprossimale mesiale al 1.2 era parzialmente mancante e la papilla interprossimale mesiale al 2.2 era completamente presente. Invece, le papille interprossimali distali alle suddette corone erano entrambe presenti (Fig. 9, 10, 11, 12). Il punto di contatto mesiale interdentale di entrambe le corone è stato realizzato a 4 mm dalla spalla implantare perché la stessa era stata posizionata 1 mm al di sopra della cresta ossea.

In tal modo, la distanza finale prevedibile dopo la maturazione dei tessuti tra il punto di contatto interdentale e la cresta ossea sarebbe stata minore o uguale a 5 mm, in accordo con le osservazioni pubblicate dal Dr. Tarnow DP nel 1992 (J Periodontol 1992;63:995-996).

A distanza di cinque e sei anni dall'applicazione delle corone, si osserva la formazione e la maturazione delle papille mesiali interprossimali ai siti implantari 1.2 e 2.2 (Fig. 13, 14, 15, 16, 17).

Inoltre, si è potuto raggiungere un risultato estetico soddisfacente indipendentemente dal tipo di collo liscio utilizzato.

Infatti, nel sito 1.2 era presente un collo liscio di 2,8 mm mentre, nel sito 2.2 era presente un collo liscio di 1,8 mm.

Le radiografie endorali di controllo a sei anni dall'inserimento degli impianti confermano la stabilità dei tessuti perimplantari (Fig. 18, 19).

Da un punto di vista funzionale, la soluzione, di ripristinare gli incisivi laterali mancanti con 2 impianti e lasciare i canini nella loro posizione, ha permesso di ottenere una occlusione fisiologica reciprocamente protetta con normali guide incisiva e canina nei movimenti funzionali della mandibola.

Ringraziamenti

Uno speciale ringraziamento al Reparto di Ortodonzia curato dal Prof. Giampaolo Caruso e dalla Dott.ssa Beatrice Caruso.

Si ringrazia inoltre Robert Etzis, responsabile del Reparto Fusioni del Laboratorio Odontotecnico Alessandro Cattaneo.



Dr. Gabriele Caruso
C.so Vittorio Emanuele 16
09124 Cagliari
Tel 070 682222-663545
Mail gabrcaru@tin.it



Odt. Alessandro Cattaneo
Via Sassari 77
09124 Cagliari
Tel 070 655819
Mail labcatt@tiscali.it



18



19

Figure 18 e 19: 2005 - le radiografie endorali di controllo, a sei anni dal carico implantare mostrano stabilità dei tessuti perimplantari.